

## La búsqueda de un futuro: el reto del cirujano vascular

---

J.M. Capdevila

Durante cuatro décadas he tenido el privilegio de ser testigo del nacimiento y acreditación de una especialidad que aprendí en Barcelona y Lyon, que inicié en el Hospital General de Asturias con un modelo –entonces pionero– de unidad asistencial autónoma y que después desarrollé plenamente en el Hospital Universitario de Bellvitge.

Durante este largo período, he seguido y, a veces, he participado en la evolución de la especialidad, cuya definición ha pasado de la inicialmente clínica de la ‘angiología’ de Martorell, a la ‘cirugía vascular periférica’ de los anglosajones, con el impacto y el espectacular desarrollo de las técnicas quirúrgicas de revascularización protésica en las décadas de los años 70 y 80. Esta evolución culminó en nuestro país con el reconocimiento oficial, en 1978, de la Angiología y Cirugía Vascular (ACV) como especialidad médico-quirúrgica.

A partir de entonces tiene lugar la progresiva creación de nuevos servicios o unidades autónomas, la implementación

de un programa reglado de formación de nuevos especialistas y, fruto de ello, un mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad y los factores de riesgo que la condicionan. La valoración hemodinámica de la patología lesional con las técnicas no invasivas del laboratorio vascular –ocasionalmente, en detrimento de la angiografía–, la estandarización de las indicaciones terapéuticas, y el progresivo perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y su cada vez más agresiva aplicación, gracias a los avances de la anestesia y reanimación, posibilitaron un intervalo aceptable de buenos resultados y, en definitiva, la razón de ser de una disciplina responsable de la asistencia ‘global’ del enfermo vascular [1].

En este contexto, a raíz de los avances tecnológicos en los métodos de diagnóstico por la imagen, han eclosionado las técnicas de revascularización endoluminal, cuyo impacto y progresiva acreditación en las dos últimas décadas ha culminado en las actuales endoprótesis para la exclusión de los aneurismas de aorta ab-

*ExPresidente de la SEACV.*

Correspondencia:

*Dr. José M.ª Capdevila  
Mirabet. E-mail: capde@  
cvhh.com*

© 2001, ANGIOLOGÍA

dominal (AAA) y, en un futuro no lejano, en la angioplastia-*stenting* de las arterias con destinación encefálica.

Si estos métodos acreditan su carácter no invasivo, una mínima morbilidad, unos resultados a largo plazo similares a los de la revascularización convencional y un coste menor, está claro que se avecinan cambios sustanciales en el manejo del enfermo vascular.

¿Cuál ha sido y aún es la postura del especialista en ACV, básicamente cirujano, ante este futuro que se intuye? De la postura inicial del *'wait and see'* de una mayoría, en parte justificada por haber perdido el acceso a las exploraciones angiográficas y no haber practicado ni asimilado las técnicas de *'navegación intravascular'* [2,3], actualmente se advierte en los cirujanos un progresivo deseo, a veces incontrolado, de asumir esta nueva metodología terapéutica.

Sin embargo, esta realidad está produciendo un conflicto de competencias –las *'turf battles'* de los que tanto se habla en la bibliografía– entre diversos tipos de especialistas: cirujanos vasculares, radiólogos intervencionistas y cardiólogos clínicos [4,5]. Los primeros han tenido hasta ahora el control clínico del enfermo, pero los otros disponen de las instalaciones, el utillaje necesario, la experiencia continuada en la práctica de estas técnicas y, soteradamente, el apoyo mercadotécnico de la industria, que ha investigado y está fabricando dispositivos cada vez más perfeccionados.

Opino que esta situación no debería aceptarse como irrecuperable, pues indudablemente supone perder el control del paciente, aceptar las indicaciones de otros

*'expertos'* y, en definitiva, ser desplazados del seguimiento o control de los resultados tardíos, que es en definitiva la razón de ser del especialista vascular.

Resulta lógico aceptar el principio básico de que estas técnicas, como cualquier otra, debe realizarlas quien ofrece mayores garantías de éxito, fruto de una continuada experiencia personal. Una apropiada formación y una adecuada experiencia parecen ser, pues, condiciones necesarias para garantizar un alto nivel de calidad, y está claro que la mayoría de cirujanos no las tenemos y que asistir a un curso de tres días, aunque sea certificado, o disponer de la tutela *in situ* de un experto, casi siempre foráneo y aportado por la industria, no puede constituir una vía para calificar y certificar correctamente a nadie.

Los programas actuales de especialización en Cardiología, Radiología o ACV no contemplan generalmente una capacitación específica y reglada, en materias clásicamente pertenecientes a otras disciplinas. En cualquier caso, no sería especialmente difícil promover programas complementarios de corta duración, siguiendo el ejemplo de los *fellowship* que se están iniciando en Estados Unidos [6,7], y que en Europa podrían estar tutelados por la UEMS, por el European Board of Vascular Surgery, o a través de los programas de acreditación docente que promueve Biasi en el marco de la ESVS.

En este sentido, parece lógica la propuesta del comité de expertos de las VSGBI y la BSIR inglesas, que dirige P.L. Harris, en el sentido de proponer un único sistema modular de especialización en procedimientos endovasculares a incluir en los programas de posgrado o en

**Tabla.** Centros certificados por el NHLBI del NIH (1991).

Dirección	Institución
Dr. J. Cooke	Stanford University
Dr. M. Creager	Brigham and Women's Hospital
Dr. B. Calver	University of Washington
Dr. W. Hiatt	University of Colorado
Dr. M. Hultin	Surky Stone Brok
Dr. J. Isner	St Elisabeth's Hospital, Boston
Dr. W. Pearce	Northwestern University
Dr. A. Rao	Temple University
Dr. L. Rubin	University of Maryland
Dr. J. Stanley	University of Michigan
Dr. F. Veith	Albert Einstein, NY
Dr. R. Hobson	LTMDNJ-NJ
Dr. R. Dean	Browman Gray School of Medicine
Dr. D. Shure	Washington University
Dr. A. Hirsch	University of Minnesota

cursos de formación continuada, para todas las especialidades interesadas en estas técnicas [5].

Ignorando si esto interrumpiría las actuales 'disputas de competencias' y si evitaría la creación de una nueva e 'híbrida' especialidad endovascular, personalmente no comparto esta alternativa por su dificultad en aplicarla con carácter general y, presumiblemente, por sus inciertos resultados.

Prefiero actualizar la propuesta que, en varias ocasiones, he planteado en los últimos cinco años [8], convencido de que la solución pasaría por la creación de equipos multidisciplinarios que, superan-

do las cerradas estructuras de los servicios, incluyeran angiólogos clínicos, angiorradiólogos y cirujanos, cada uno dentro de sus competencias técnicas, para asumir cooperativamente la tarea de proporcionar un alto nivel de calidad en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vasculares.

La viabilidad de esta propuesta, que ahora ya no es original, se basa actualmente en la cada vez más frecuente aparición de los denominados 'Centros Vasculares' en Estados Unidos [9-12], cuya realidad se certificó en el encuentro que tuvo lugar en Chicago, en abril de 1999 – *Vascular Centers of Excellence: An Interdisciplinary Approach to Quality Patient Care*–, evento patrocinado por las sociedades estadounidenses *Cardiovascular & Interventional Radiology*, *Vascular Medicine & Biology* y *Vascular Surgery* del *Northamerican Chapter of the ISCVS*. Los objetivos del encuentro fueron:

- Determinar la responsabilidad de todos los profesionales del sistema de salud para crear un entorno ideal que permita disminuir la incidencia y morbilidad de la enfermedad vascular.
- Encontrar un sistema para mejorar los métodos diagnósticos y terapéuticos.
- Concretar las necesidades administrativas y de personal para el desarrollo integral de centros vasculares.
- Establecer los programas necesarios de entrenamiento interdisciplinario.
- Identificar el perfil profesional del facultativo o facultativos que dirijan estos centros.

Aunque la historia de los centros vasculares la inició M. de Bakey en Vietnam, fue

T. Fogarty, en la década de los años 70, el primero en crear un grupo multidisciplinario en la Universidad de Stanford; en la década de los años 80 se creó en el Hospital General de Ashford (Virginia) y en el Hospital General de Letterman (San Francisco), y a partir de los años 90, en numerosos hospitales y universidades [13,14]. Los excelentes resultados demuestran los beneficios de esta asociación (Tabla).

En la década de los 90 parece aconsejable la participación activa del radiólogo intervencionista, aunque el *grafting* aórtico requiere un acceso quirúrgico para su implantación y un ambiente estéril para evitar una infección protésica; además, estos dispositivos pueden requerir la asociación de un procedimiento quirúrgico convencional [14]. A la cuestión de si es posible y conveniente la contradicción que supone un grupo a la vez ‘unificado’ (autónomo) y ‘multidisciplinario’ para el manejo del enfermo vascular, Zarins [15] responde afirmativamente, pues estima que un equipo integrado de varios especialistas en el marco de un hospital es el mejor sistema para garantizar una asistencia de alta calidad al enfermo vascular.

Cabe reflexionar, sin embargo, en el contexto del cirujano –quien siempre ha sido el responsable único del enfermo vascular–, de qué forma se verá influido su ‘liderazgo’ a partir de la teoría de la ‘asistencia interdisciplinaria’, que le exigiría consensuar y compartir colegiadamente las opiniones de otros expertos en las nuevas tecnologías terapéuticas [16]. Es decir, ¿sobrevivirá la frágil teoría interdisciplinaria a futuras disputas soterradas de competencias? Más aún, ¿cómo

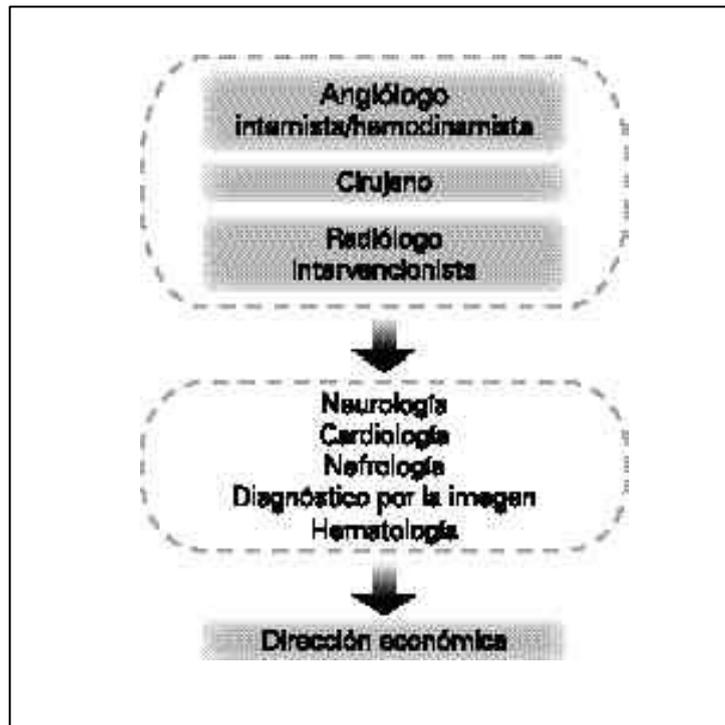


Figura. Esquema funcional de una Unidad Pluridisciplinaria [8].

introducir en nuestro país, con un sistema de salud ‘adicto’ al concepto de coste-eficiencia y unos hospitales ‘encorsetados’ por estructuras departamentales obsoletas, una estructura funcional diferente?

Aunque en algunos hospitales de nuestro medio aparentemente funciona la colaboración entre cirujanos, radiólogos intervencionistas, cardiólogos, neurólogos, etc., la teoría del ‘centro-unidad-instituto vascular’ debe tener un desarrollo y unas características distintas. En 1997, en uno de los cursos que M. Marco Luque organiza en Candanchú, hice la propuesta de una determinada estructura funcional (Figura), que parecía idónea para garantizar óptimos resultados, alta calidad asistencial y el compromiso solidario de un registro auditado de procedimientos.

En la actualidad, aquella recomendación me parece no sólo vigente, sino también muy recomendable si, como parece, el futuro de las endoprótesis aórticas es imparable y si la angioplastia-stenting carotídea no tarda en ser una alternativa a la que incorporarse. Si a todo ello añadimos los presumibles avances de la biología molecular y la

eclosión de la terapia génica, parece claro que el futuro de nuestra especialidad permanece a las puertas de una nueva redefinición.

Al finalizar mi ciclo vital, me resta la esperanza y el deseo de que las nuevas generaciones sean capaces de asumir un reto similar en el que unos pocos nos vimos inmersos en el pasado.

### Bibliografía

1. Ouriel K, Green RM, Waldman D, Greenberg RK, Shortell CK, Illig K. A model for merging vascular surgery and interventional radiology. *J Vasc Surg* 1998; 28: 1006-13.
2. Veith FJ, Marin ML. David M. Hume Memorial Lecture. Impact of endovascular technology on the practice of vascular surgery. *Am J Surg* 1996; 172: 100-4.
3. Abbot WM. Legend, leadership, legacy (presidential address). *J Vasc Surg* 1999; 29: 1-7.
4. Abele JE. Endovascular therapy: The mother of all turf wars. *J Invasive Cardiol* 1998; 9: 569-70.
5. Veith FJ. Turf Issues: how do we resolve them and optimize patient selection for intervention and ultimately patient care? *J Vasc Surg* 1998; 28: 370-2.
6. Moore WS, et al. Vision of optimal vascular surgical training in the next two decades: strategies for adapting to new technologies. *J Vasc Surg* 1996; 23: 926-31.
7. Sicard G. Challenge to our speciality: the vascular surgeon in the year 2010. *J Vasc Surg* 2000; 31: 845-50.
8. Capdevila JM. Reflexiones de un cirujano sobre las técnicas endoluminales de revascularización percutánea. *Angiología* 1995; 2: 71-4.
9. Becker GJ, Katzen BT. The Vascular Center: a model for multidisciplinary delivery of vascular care for the future. *J Vasc Surg* 1996; 23: 907-12.
10. Pearce VH. Vascular Center program: historical perspective and northwestern experience. *Cardiovasc Surg* 1998; 4: 322-6.
11. Whittemore AD, Creager M. The vascular center at Brigham and women's Hospital. *Cardiovasc Surg* 1998; 4: 327-32.
12. Hallett JW, Rooke TW, Koch M. The Mayo Vascular Center experience. *Cardiovasc Surg* 1998; 4: 333-6.
13. Becker GJ. Quality improvement for Vascular Centers. *Proceedings Vascular Center. Illinois*; 2000.
14. Whittemore AD. A team for the 21st century: the vascular center (presidential address). *J Vasc Surg* 2000; 31: 1-8.
15. Zarins CK. Unified multispeciality approach: is it a viable response to new technology used in the care of vascular patients? *J Endovasc Surg* 1996; 3: 364-8.
16. Green RM. Collaboration between vascular surgeons and interventional radiologist: reflections after two years. *J Vasc Surg* 2000; 31: 826-30.